

Apuntes de Psicología
2014, Vol. 32, número 2, págs. 153-160.
ISSN 0213-3334

Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Occidental,
Universidad de Cádiz, Universidad de Córdoba,
Universidad de Huelva, Universidad de Sevilla

Importancia de las diferencias por género en el afrontamiento a la enfermedad: el caso de la hipertensión arterial esencial

Silvia Deborah OFMAN
Carolina Iris PEREYRA GIRARDI
Pedro CÓFRECES
Dorina STEFANI

*Instituto de Investigaciones Cardiológicas,
Universidad de Buenos Aires - CONICET (Argentina)*

Resumen

Durante las últimas décadas, varias disciplinas que investigan sobre las enfermedades cardiovasculares y los factores de riesgo cardiovascular -incluyendo la hipertensión arterial esencial (HTA)-, comenzaron a abordar estos problemas de salud desde una perspectiva de género, contraponiéndose a la postura androcéntrica, históricamente dominante. En este contexto, el presente trabajo tiene por objetivo analizar, de acuerdo al género, las estrategias de afrontamiento que utilizan los/as pacientes hipertensos/as esenciales frente al probable estrés que supone el diagnóstico de HTA. Se utilizó el diseño descriptivo-comparativo, de corte transversal. Participaron 200 pacientes hipertensos/as esenciales adultos/as, reclutados/as de distintos centros de salud situados en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Argentina). Los instrumentos aplicados fueron *Cuestionario sociodemográfico y clínico* y *Ways of Coping Questionnaire*. Las estrategias de afrontamiento “Resolución planificada de problemas” y “Distancia” mostraron diferencias significativas según género, siendo ambas más utilizadas por los varones respecto a las mujeres. Orientados hacia el fortalecimiento de la calidad y equidad de género, se señala que la relevancia de este tipo de estudios radica en contribuir con elementos de juicio de interés que permitan planificar actuaciones preventivas y de intervención a partir de las necesidades y diferencias de mujeres y varones.

Palabras clave: género, hipertensión arterial esencial, afrontamiento, enfermedad.

Abstract

During the last decades, several disciplines researching cardiovascular disease and cardiovascular risk factors -as is the case of essential hypertension- began to address these health issues from a gender perspective, opposed to the androcentric stance historically dominant. In such a context, this paper aims to analyze, according to gender, coping strategies used by essential hypertensive patients to deal with the stress caused by the diagnosis of hypertension. A comparative-descriptive, cross-sectional design was used. 200 hypertensive adult patients participated, recruited from different health centers located in the Autonomous City of Buenos Aires (Argentina). The instruments applied were the *Sociodemographic and clinical questionnaire*, and the *Ways of Coping Questionnaire*. “Planned problem solving” and “Distance” were the coping strategies that showed significant differences according to gender: both were more used by men than by women. The relevance of such a study, aimed at improving quality and promoting gender equality, is in that it contributes with evidence of interest to plan prevention and intervention taking into account the needs and differences of women and men/male and female.

Key words: Gender; Essential arterial hypertension; Coping; Disease.

Dirección de los autores: Instituto de Investigaciones Cardiológicas “Prof. Dr. Alberto C. Taquini”. Marcelo T. de Alvear 2270, 2º piso. C1122AAJ. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. *Correo electrónico:* sdofman@conicet.gov.ar

Recibido: mayo de 2014. *Aceptado:* julio de 2014.

La hipertensión arterial esencial (HTA) es un trastorno psicofisiológico que constituye uno de los factores de riesgo más importantes para las enfermedades cardiovasculares. Su etiología es multifactorial, es decir, existen varios factores de distinta naturaleza que intervienen en su desarrollo y mantenimiento. En general, se los suele clasificar en factores no modificables y modificables. Entre los primeros, se cuenta la genética, la edad, el sexo, la etnia; entre los segundos, se encuentran las variables ambientales y psicosociales, tales como el estrés psicosocial, la hostilidad y la ansiedad (Chiozza, 2011; Miguel-Tobal, Cano-Vindel, Casado Morales & Escalona Martínez, 1994).

Tanto desde la medicina como desde las ciencias sociales, se plantea que la HTA es una enfermedad característica del mundo moderno e industrial. Ello se debe a que la misma está asociada a las condiciones de vida habitualmente desarrolladas en las zonas urbanas, que son nocivas para el bienestar del individuo: alimentación no saludable, sedentarismo, tabaquismo, consumo de alcohol, entre otros. Las personas están sometidas continuamente a numerosos factores sociales y ambientales, tanto negativos como crónicos, (disminución del tiempo de ocio, agotamiento laboral, hacinamiento, entre otros) que conllevan un ritmo de vida caracterizado por la vivencia de un permanente estado de estrés (Grosse & Grosse, 2013).

Desde el modelo transaccional del estrés psicológico propuesto por Lazarus y Folkman (1986), éste es definido como un proceso por el cual el individuo experimenta cambios significativos en su vida cotidiana, referidos al ambiente social que lo rodea, y los evalúa como amenazantes para su bienestar, considerando que exceden su capacidad para enfrentarlos. El impacto subjetivo de los eventos estresantes, así como los esfuerzos realizados por mitigarlo, se presentan de manera particular en cada individuo (Lazarus & Folkman, 1986; Leibovich de Figueroa & Schufer, 2002). Dichos esfuerzos fueron conceptualizados con el término de afrontamiento (del inglés, coping).

El afrontamiento puede estar focalizado en el problema o la emoción. El afrontamiento dirigido al problema tiene como propósito manipular o alterar la situación evaluada como estresante. El afrontamiento dirigido a la emoción, actúa regulando el factor emocional concomitante al evento estresante, es decir, funciona como un paliativo del impacto emocional del estrés. En general, cuando el acontecimiento es percibido como modificable, los individuos tienden a intentar alterarlo; en cambio, cuando consideran que tienen pocas posibilidades de modificarlo, el afrontamiento se focaliza en la emoción. No obstante, la mayoría de las veces, sucede que coexisten ambos tipos de afrontamiento.

El significado que el individuo elabora sobre el suceso estresante, es lo que determina, en primera instancia, el tipo de reacción y las emociones concomitantes. Existen, además, causas distales que también influyen en los modos de

significar los eventos, tales como el género y la clase social, entre otros (Leibovich de Figueroa & Schufer, 2002). En relación a las particularidades por género en el proceso de estrés-afrontamiento, Matud (2004) sostiene que numerosas investigaciones muestran que los varones tienden a afrontar el problema centrándose en la situación, mientras que las mujeres se focalizan más en los aspectos emocionales. Estas diferencias, además de deberse al género, también pueden estar relacionadas con la naturaleza de los estresores a los que están expuestos unos y otras. Asimismo, Lazarus y Folkman (1986) sostienen que el resultado o eficacia del afrontamiento no se halla en las estrategias per se, sino que está en función del sujeto y la situación a afrontar. Esto quiere decir que la eficacia de una estrategia depende del tipo de persona, la situación, el contexto y aquello que se quiere lograr: bienestar, funcionamiento social, salud, etc.

El diagnóstico y padecimiento de una enfermedad crónica puede constituir un agente estresante en sí mismo, en la medida en que supone un impacto psicológico, por tratarse de una situación nueva que plantea múltiples demandas de ajuste para adaptarse (Rodríguez-Marín, Pastor & Lopez Roig, 1993). El modo de afrontarla determina, entre otros factores, el desarrollo y curso de la enfermedad (Díaz Sibaja, Comeche Moreno, Mas Hesse, Díaz García & Vallejo Pareja, 2008).

Rueda y Pérez-García (2006) refieren que el afrontamiento es un concepto central para comprender el bienestar en relación a enfermedades crónicas como la HTA, ya que se ha evidenciado que las estrategias focalizadas en solucionar o modificar algún aspecto de la enfermedad mejoran el ajuste a la misma, así como la calidad de vida del paciente. Un tipo de afrontamiento activo y centrado en el problema, supone ciertos comportamientos que implican adherencia al tratamiento para la HTA: toma de medicación, asistencia a citas médicas, búsqueda de información relacionada con la enfermedad y el tratamiento, realización de ejercicio físico, alimentación saludable, manejo de los estados emocionales que pueden influir en los niveles de presión y búsqueda de apoyo social (Varela Arévalo, 2010). En contrapartida, el uso excesivo de estrategias de afrontamiento focalizadas en la emoción, tales como la negación, la desconexión conductual o el fantaseo, son ineficaces para mantener la estabilidad emocional, y podrían estar asociadas con un incremento de la presión arterial.

Además del proceso estrés-afrontamiento, otro aspecto de la HTA que cabe destacar, y el cual cobra relevancia para el presente trabajo, es la perspectiva de género.

Algunos estudios epidemiológicos llevados a cabo en los últimos años advierten sobre el creciente aumento de casos de HTA y enfermedad cardiovascular (ECV) entre las mujeres (Cutler *et al.*, 2008; Lessa *et al.*, 2006; Sáez de Lafuente *et al.*, 2009). Alfonso, Bermejo y Segovia (2006) sostienen que las ECV constituyen, en los países desarrollados, la causa más frecuente de muerte en la mujer.

A raíz del progresivo incremento de este tipo de problema de salud entre la población femenina, se ha suscitado una controversia en el ámbito científico y entre los profesionales de la salud, en relación a que en las ECV se pone de manifiesto la problemática de las desigualdades por género (Guerchicoff & Merhan, 2013; Levenstein, Smith & Kaplan, 2001; Rohlfes *et al.*, 2004; Tajer, 2009). La paulatina consideración de las mujeres como población de riesgo dejó en evidencia que, durante muchos años, existió un sesgo de género en la forma de abordaje de las ECV, tanto en lo que refiere a la investigación como al tratamiento (Mariani *et al.*, 2013; Tajer, 2009).

Según Velazco Arias (2008), en el infarto agudo de miocardio (IAM) se puede observar un ejemplo de esta situación. El sesgo de género en la investigación quedó plasmado por la subrepresentación de las mujeres en los ensayos clínicos y en los estudios psicosociales, lo que trajo aparejado que la enfermedad sea estudiada sólo bajo el patrón masculino. Respecto a las diferencias en la atención, el sesgo se evidenció en el menor esfuerzo realizado -tanto en el diagnóstico como en el tratamiento- cuando se trata de pacientes coronarias mujeres.

Dicha situación de inequidad, está posiblemente sustentada en razones de orden biológico, epidemiológico y cultural. En relación a la primera, se ha argumentado que, debido a su constitución hormonal, las mujeres premenopáusicas se encuentran más protegidas contra los problemas cardiovasculares. En relación a las razones de tipo epidemiológicas, los datos indican que el IAM ha sido históricamente más frecuente en los varones que en las mujeres. Por último, y en lo que refiere a los factores culturales, puede mencionarse que, debido a la influencia de los estereotipos de género, persiste en el imaginario social una consideración de que ésta es una “enfermedad de varones” (Rohlfes *et al.*, 2004; Tajer, 2009; Velazco Arias, 2008). Esto último significa, según Tajer (2009), que a partir del registro de que la mayoría de los enfermos coronarios eran varones, “se asoció la vulnerabilidad psicosocial coronaria con las prerrogativas y condiciones de la masculinidad social ligada fundamentalmente a las condiciones de trabajo” (p. 30).

En la HTA, al igual que en la enfermedad coronaria, también persisten ciertas inequidades entre varones y mujeres. Gudmundsdottir, Høieggen, Stenehjem, Waldum y Os (2012) refieren que, pese a los avances en el conocimiento de la enfermedad y al nuevo panorama epidemiológico que advierte sobre un creciente aumento en la población femenina, la HTA es habitualmente desestimada y subdiagnosticada en las mujeres. En cuanto al tratamiento, también aquí se constata un sesgo de género en la atención médica, en detrimento de las mujeres. Las guías de tratamiento para la HTA son similares para varones y mujeres, y no incluyen la estratificación de riesgo según género, a pesar de que varios estudios indican que

las modificaciones del estilo de vida (por ejemplo, la reducción de peso) son más difíciles de lograr en ellas, lo que les ocasiona serias dificultades para mantener los valores de presión controlados.

A estos datos, deben sumarse otros hallazgos que muestran un patrón inverso entre varones y mujeres, en la relación entre la probabilidad de padecer HTA y el nivel socioeconómico y educativo. Mientras que en las mujeres la prevalencia de HTA aumenta en los sectores de menores recursos, en los varones sucede lo contrario: la HTA se asocia con altos niveles educativos y socioeconómicos (Lessa *et al.*, 2006; Navarro Lechuga & Vargas Moranth, 2009).

Si bien en las últimas décadas, y frente a este contexto, la mujer se transformó en el eje de diversas campañas de concientización (Rolandi *et al.*, 2013), a la vez que se ha incorporado los ensayos clínicos (Alfonso *et al.*, 2006) y a los estudios psicosociales sobre la enfermedad cardíaca (Tajer, 2009), la situación de inequidad no parece aún resuelta, exigiendo nuevas investigaciones y abordajes.

En el presente estudio, y teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, el objetivo propuesto es analizar, de acuerdo al género, las estrategias de afrontamiento que utilizan los/as pacientes hipertensos/as esenciales frente al probable estrés que supone el diagnóstico de HTA, asumiendo la hipótesis de que las estrategias de afrontamiento que los/as pacientes hipertensos/as esenciales utilizan frente al probable estrés producido por el diagnóstico de HTA, varía de acuerdo al género.

Método

Diseño

El diseño del estudio es observacional, descriptivo-comparativo y de corte transversal.

Muestra

La muestra estuvo conformada por 200 pacientes hipertensos/as esenciales adultos/as (100 varones y 100 mujeres), reclutados/as de distintos centros de salud situados en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Argentina). La estrategia de muestreo utilizada fue la no probabilística, de tipo intencional.

Los criterios de inclusión para la conformación de la muestra fueron los siguientes: (a) diagnóstico confirmado de HTA, (b) realizar tratamiento para la HTA, (c) firma del consentimiento informado. Los criterios de exclusión que se siguieron fueron: (a) padecer otras enfermedades crónicas no controladas, de grado severo o en estado terminal, o (b) presentar criterios diagnósticos según DSM IV para adicciones, retraso mental, demencias, esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

Instrumentos de evaluación

Cuestionario sociodemográfico y clínico

Con el fin de obtener el perfil sociodemográfico y clínico de la muestra, se elaboró “ad hoc” un cuestionario de 17 preguntas abiertas y cerradas con alternativas fijas, que recabó información sobre las características sociodemográficas (edad, género, nacionalidad, estado civil, hijos, religión, nivel de escolaridad, situación laboral y tipo de ocupación laboral) y clínicas (presión arterial, peso, altura, tiempo transcurrido desde el diagnóstico de HTA, tratamiento farmacológico para la HTA, tabaquismo, consumo de alcohol, dislipemias, diabetes y antecedentes familiares de HTA).

Ways of Coping Questionnaire (WCQ) [Cuestionario sobre Modos de Afrontamiento]

Para estudiar las estrategias de afrontamiento frente a la HTA, se aplicó la versión del WCQ (Edwards & O'Neill, 1998; Folkman, Lazarus, Pimley & Novacek, 1987) traducida al español (Lazarus & Folkman, 1986) y utilizada en la Universidad de Buenos Aires (Seidmann *et al.*, 2006), que arrojó valores de coeficiente de Alpha de Cronbach adecuados para este tipo de estudio. Consta de 32 ítems que definen las siguientes estrategias de afrontamiento: *resolución planificada de problemas* (desarrollo de tácticas para solucionar el problema), *confrontación* (esfuerzos por alterar la situación, acompañado de cierto grado de hostilidad y riesgo), *aceptación de la responsabilidad* (reconocimiento del papel que ha tenido el sujeto en el origen y/o mantenimiento del problema), *distancia* (esfuerzos cognitivos que realiza el sujeto por apartarse o separarse del problema, intentando evitar que le afecte), *escape/evitación* (empleo de conductas motoras tales como comer, dormir, consumir tóxicos, entre otros, que conlleven no confrontarse con la problemática), *connotación/reconsideración positiva* (percepción de los posibles aspectos positivos que tenga o haya tenido el evento estresante), *autocontrol* (esfuerzos por regular y controlar los sentimientos y respuestas emocionales), *búsqueda de apoyo social* (acudir a otras personas para buscar apoyo, consejo, comprensión y/o asesoramiento).

La aplicación consistió en solicitarle a los sujetos que respondan con qué frecuencia (en una escala Likert de 1 a 5: 1=nunca, 2=pocas veces, 3=a veces sí y a veces no, 4=frecuentemente y 5=siempre) pensaron y se comportaron de la manera en que se indica en cada uno de los ítems, ante la situación estresante predeterminada por el evaluador. Se planteó a todos/as los/as pacientes, en calidad de estresor, el diagnóstico de HTA.

El puntaje final en cada estrategia de afrontamiento osciló, en una escala tipo Likert, entre 1 (nunca) y 5 (siempre), y se obtuvo promediando los valores asignados a los ítems que las conforman. Mayores puntajes en cada factor indican mayor utilización de esa estrategia de afrontamiento.

Recolección de datos

Luego de obtener la autorización de las autoridades y profesionales de las instituciones de salud que participaron del proyecto, se procedió a aplicar la batería de instrumentos en forma de entrevistas individuales. Previo a la entrevista, se explicó a los/as pacientes el objetivo del estudio. Aquellos/as que aceptaron participar, firmaron el consentimiento informado.

Análisis de datos

Con el fin de describir el perfil sociodemográfico y clínico de la muestra, se calcularon las distribuciones de frecuencias y los porcentajes para las categorías de las variables cualitativas, y las medias aritméticas y desviaciones estándar para las variables cuantitativas. A fin de realizar una comparación por género en las variables cuantitativas del perfil sociodemográfico y clínico, se aplicó la prueba t para muestras independientes. Con el objeto de comprobar si existe asociación entre las variables cualitativas y el género, se calculó la prueba χ^2 de independencia estadística.

Para evaluar el afrontamiento de los/as pacientes hipertensos/as se calcularon las medias aritméticas y los desvíos estándar de los puntajes obtenidos a través del WCQ. A fin de realizar una comparación por género, se utilizó el análisis multivariado de la variancia (MANOVA). Los datos se analizaron con el soporte técnico del software SPSS versión 18.0 (Castañeda, Cabrera, Navarro & de Vries, 2010).

En todos los casos se consideró un valor de probabilidad de error menor o igual a 0.05.

Resultados

Las tablas 1 y 2 presentan el perfil sociodemográfico y clínico de la muestra, en donde se consignan las medias aritméticas y desviaciones estándar de las variables cuantitativas, y las distribuciones de frecuencias y porcentajes de las cualitativas. Asimismo, se consignan los resultados de la prueba t para muestras independientes, de la prueba χ^2 de independencia estadística con el coeficiente Phi de asociación, y el valor “p” de probabilidad de error.

En la tabla 1, los resultados revelan que la edad promedio de los/as pacientes fue de 56 años (de=8), casi la totalidad de la muestra (91%) es de nacionalidad argentina, la mayoría (67%) está casado/a y tiene hijos (87%). En cuanto a nivel de escolaridad, la mitad (48%) tiene formación terciaria/universitaria, mientras que el 41% refiere tener estudios secundarios. La mayoría (77%) profesa la religión católica. En general (71%), los/as pacientes se encuentran laboralmente activos/as. Los tipos de ocupación que más predominaron fueron empleado (39%) y profesional (24%); luego le siguieron oficios varios (16%), comerciante (12%) y, por último, docente (9%).

Tabla 1. Perfil sociodemográfico del total de la muestra y según género (m: media aritmética, de: desviación estándar).

Variables sociodemográficas	Muestra total (n=200)		Masculino (n ₁ =100)		Femenino (n ₂ =100)		Pruebas estadísticas	
	m	de	m ₁	de ₁	m ₂	de ₂	t	p
Edad	56.41	7.85	56.37	7.84	56.44	7.91	-0,06	0.95
	n	%	n ₁	%	n ₂	%	χ^2	p
Nacionalidad							1.45	0.23
Argentino	181	91	93	93	88	88		
Extranjero	19	9	7	7	12	12		
Estado Civil							4.16	0.38
Casado	133	67	72	72	61	61		
Separado/Divorciado	29	15	12	12	17	17		
Viudo	21	10	7	7	14	14		
Soltero	17	8	9	9	8	8		
Hijos							1.59	0.21
Con hijos	174	87	84	84	90	90		
Sin hijos	26	13	16	16	10	10		
Nivel de escolaridad alcanzado							1.1	0.58
Terciario/Universitario	95	48	44	44	51	51		
Secundario	82	41	43	43	39	39		
Primario	23	11	13	13	10	10		
Religión							0.59	0.75
Católica	153	77	76	76	77	77		
Ninguna	30	15	17	17	13	13		
Judía	15	7	7	7	8	8		
Otra	2	1	0	0	2	2		
Situación laboral							9.7	0.00
Trabaja actualmente	142	71	81	81	61	61		
No trabaja actualmente	58	29	19	19	39	39	Phi= -0.22	
Ocupación principal							11	0.03
Empleado	56	39	34	42	22	36	Phi= 0.28	
Profesional	35	24	20	25	15	25		
Oficios varios	22	16	12	15	10	16		
Comerciante	17	12	13	16	4	7		
Docente	12	9	2	2	10	16		

De acuerdo a la versión abreviada del Índice de Nivel Económico Social de Gino Germani, realizada por Grimson et al. (1972), en las respuestas consignadas por los/as pacientes hipertensos/as sobre educación y ocupación se observa que, en términos generales y a los fines del estudio, todos los sujetos que conformaron la muestra pertenecen al nivel socioeconómico medio.

En lo concerniente a la comparación de las variables sociodemográficas según género, se observa que no existen diferencias estadísticamente significativas en dichas variables, a excepción de “Situación laboral” y “Ocupación principal” (son más varones que mujeres los que trabajan, observándose predominio femenino en la ocupación docente),

hecho esperable, pero con coeficientes de asociación bajos (<0.30). A los fines de este estudio, que analiza tendencias generales del comportamiento de las variables, se considera que ambos grupos (varones y mujeres) son comparables en cuanto al perfil sociodemográfico.

En la tabla 2 se observa que el promedio de la presión arterial sistólica fue de 138 mmHg (de=21) y el promedio de la presión arterial diastólica fue de 85 mmHg (de=15). El índice de masa corporal promedio fue de 29 (de=5), lo que indica sobrepeso.

En lo que refiere al tiempo de evolución de la HTA (se consideró el lapso de tiempo transcurrido entre el diagnóstico de HTA y el momento de la entrevista), un 40% de los

Tabla 2. Perfil clínico del total de la muestra y según género (m=media aritmética, de=desviación estándar).

Variables clínicas	Muestra total (n=200)		Masculino (n ₁ =100)		Femenino (n ₂ =100)		Pruebas estadísticas	
	m	de	m ₁	de ₁	m ₂	de ₂	t	p
Presión arterial sistólica (mmHg)	138	21	140	20	137	21	1.04	0.30
Presión arterial diastólica (mmHg)	85	15	86	16	85	15	0.64	0.52
Índice de masa corporal (kg/m ²)	29	5	30	5	29	6	1.46	0.15
	n	%	n ₁	%	n ₂	%	χ^2	p
Tiempo evolución HTA							0.54	0.76
Hasta 5 años	79	40	42	42	37	37		
Entre 5 y 15 años	80	40	38	38	42	42		
Más de 15 años	41	20	20	20	21	21		
Tratamiento farmacológico HTA							0	1
Sí	190	95	95	95	95	95		
No	10	5	5	5	5	5		
Tabaquismo*							0.30	0.59
No	163	82	80	80	83	83		
Sí	37	18	20	20	17	17		
Consumo alcohol							16.22	0.00
No	159	80	68	68	91	91	Phi= -0.29	
Sí	41	20	32	32	9	9		
Dislipemias							3.84	0.05
No	150	75	81	81	69	69	Phi= 0.14	
Sí	50	25	19	19	31	31		
Diabetes							0.54	0.46
No	164	82	80	80	84	84		
Sí	36	18	20	20	16	16		
Antecedentes familiares HTA							8.23	0.00
Sí	159	80	72	75	87	91	Phi= 0.21	
No	33	16	24	25	9	9		
No sabe**	8	4						

* Se definió como tabaquista tanto a aquellos consumidores de derivados del tabaco como a aquellos ex consumidores con menos de un año de abstinencia al momento de la entrevista.

** Para realizar el cálculo de χ^2 se eliminó la categoría “No sabe”.

pacientes tenía hasta 5 años de hipertenso/a, mientras que otro 40% tenía entre 5 y 15 años de HTA. Casi la totalidad de los pacientes (95%) se encuentra realizando tratamiento farmacológico para la HTA.

Por otra parte, la tabla muestra que, al momento de la entrevista, la generalidad de los/as pacientes no era tabaquista (82%) ni consumía alcohol (80%). En general, no presentan dislipemias (75%) ni diabetes (82%). El 80% de la muestra refiere tener antecedentes familiares de HTA.

Con respecto a la comparación del perfil clínico según género, se observa que existen diferencias significativas en “Consumo de alcohol” (es mayor el consumo en los varones), “Dislipemias” y “Antecedentes familiares de HTA” (son más las mujeres que presentan dislipemias y antecedentes familiares de HTA).

La tabla 3 presenta las medias aritméticas y desviaciones estándar de los puntajes obtenidos en el WCQ, lo cual refleja el grado de intensidad con que los/as pacientes de la muestra utilizaron cada estrategia de afrontamiento, frente al diagnóstico de HTA. Asimismo, se presentan los resultados del MANOVA y los valores “p” de probabilidad de error.

Estos resultados muestran que, ante la situación estresante de ser diagnosticado de HTA, si bien todas las estrategias fueron utilizadas por los individuos, en constante articulación y secuenciación, existe una predominancia de unas sobre otras. Como puede observarse en el total de la muestra, dichas estrategias se ordenan del siguiente modo, de la más a la menos utilizada: “Resolución planificada de problemas” (m=3.3; de=0.8), “Connotación/Reconsideración positiva” (m=3.1; de=0.9), “Confrontación” (m=3;

Tabla 3. Afrontamiento del total de la muestra y según género.

<i>Estrategias de afrontamiento</i>	<i>Muestra total (n=200)</i>		<i>Masculino (n₁=100)</i>		<i>Femenino (n₂=100)</i>		<i>MANOVA T_{Hott} = 0.09 F_{Hott(8;191)} = 2.2 p = 0.03</i>	
	<i>m</i>	<i>de</i>	<i>m₁</i>	<i>de₁</i>	<i>m₂</i>	<i>de₂</i>	<i>F_(1;198)</i>	<i>p</i>
<i>Resolución planificada de problemas</i>	3.3	0.8	3.4	0.8	3.2	0.8	4.1	0.04
<i>Connotación / Reconsideración positiva</i>	3.1	0.9	3.2	0.8	3	0.9	3.1	0.08
<i>Confrontación</i>	3	0.7	3	0.7	3	0.6	0.0	0.97
<i>Búsqueda de apoyo social</i>	2.9	0.9	2.8	1	3	0.9	2.8	0.10
<i>Autocontrol</i>	2.7	0.7	2.7	0.7	2.7	0.6	0.1	0.73
<i>Aceptación de la responsabilidad</i>	2.6	0.9	2.6	0.9	2.7	0.8	0.7	0.40
<i>Distancia</i>	2.5	0.8	2.6	0.9	2.4	0.7	4	0.05
<i>Escape / Evitación</i>	2.2	0.6	2.2	0.6	2.3	0.7	2.6	0.11

de=0.7), “Búsqueda de apoyo social” (m=2.9; de=0.9), “Autocontrol” (m=2.7; de=0.7), “Aceptación de la responsabilidad” (m=2.6; de=0.9), “Distancia” (m=2.5; de=0.8) y “Escape, evitación” (m=2.2; de=0.6).

A partir de los resultados obtenidos en el MANOVA, se evidencian diferencias estadísticamente significativas por género al considerar todas las estrategias de afrontamiento en forma simultánea ($T_{Hott} = .09$; $F_{Hott(8;191)} = 2.2$; $p = 0.03$). Al tenerse en cuenta cada estrategia en forma separada, se observa que estas diferencias radican en dos de ellas: “Resolución planificada de problemas” ($F_{(1;198)} = 4.1$, $p = 0.04$; $m_1 = 3.4$ vs. $m_2 = 3.2$) y “Distancia” ($F_{(1;198)} = 4$, $p = 0.05$; $m_1 = 2.6$ vs. $m_2 = 2.4$). En ambas, los varones puntuaron más alto que las mujeres.

Algunos de los ítems que conforman “Resolución planificada de problemas” son: “Me tracé un plan de acción y lo cumplí”, “Cambié algo para que las cosas me salgan bien”, “Sabía lo que había que hacer, dupliqué mis esfuerzos para que las cosas funcionen” y “Encontré un par de alternativas para no quedar atrapado/a por la situación”.

Algunos de los ítems que conforman la estrategia “Distancia” son: “Seguí adelante como si no hubiera pasado nada” y “No dejé que me atrape el problema, me negué a pensarlo demasiado”.

Discusión

Los resultados apoyan la hipótesis de investigación formulada, la cual sostiene que existen variaciones de acuerdo al género en las estrategias de afrontamiento al estrés que utilizan los/as pacientes hipertensos/as esenciales, frente a la situación del diagnóstico de HTA. Las diferencias se encontraron en “Resolución planificada de problemas” y “Distancia”, estrategias más utilizadas por los varones en relación a las mujeres. Este resultado indica que, para operar ante el trastorno, los varones de la muestra se mostraron más resolutivos y distanciados cognitivamente que ellas, evitando implicarse emocionalmente.

Las diferencias por género encontradas coinciden con los resultados de otros estudios sobre afrontamiento al estrés, realizados en población general y en población hipertensa, en los cuales también puede observarse el patrón mencionado: los varones presentaron una mayor tendencia que las mujeres a afrontar las situaciones problemáticas de un modo racional e instrumental (Bernal Trujillo, Lemos Hoyos, Medina Durango, Ospina Duque & Torres, 2009; Matud, 2008) a la vez que intentaron evitar que la situación los afecte emocionalmente (Jiménez-Torres, Martínez, Miró & Sánchez, 2012). Asimismo, en el estudio de Taylor, Bagozzi y Gaither (2001), realizado con pacientes hipertensos/as, en donde se investigó el modo en que éstos perciben el control de su HTA, se observó que los argumentos referidos por los varones en relación a disminuir su presión arterial estaban asociados directamente con un beneficio para su salud, mientras que en las mujeres, la motivación para el control de su HTA estaba más relacionada con el cumplimiento de la prescripción médica y la preocupación porque el médico tuviera una buena imagen de sí mismas.

Estos hallazgos sugerirían que, comparativamente, una mayor tendencia por parte de los varones a actuar resolutivamente y distanciarse afectivamente, podría deberse a que este tipo de comportamiento les resulta eficaz en el ámbito público y laboral para cumplir con las prescripciones sociales del rol tradicional masculino de proveer sostén económico a su familia (Stefani, 2004), motivo por el cual se extiende -probablemente- a otras situaciones vitales estresantes, como es el caso de padecer un trastorno crónico. En el caso de las mujeres, el mandato tradicional de género, caracterizado por la postergación personal en pos de la realización de los otros junto a una capacidad empática y comprensiva (Fernández, 1993), determinaría, entre otros factores, un afrontamiento más pasivo y menos resolutivo, con una mayor implicación emocional hacia el problema.

La relevancia de conocer qué estrategias utilizan los/as pacientes, radica en que permite planificar actuaciones preventivas y de intervención, que favorezcan la adaptación

a la enfermedad (Díaz Sibaja *et al.*, 2008). Desde una perspectiva de género, el conocimiento de las particularidades de varones y mujeres contribuye a promover un modelo equitativo, que tenga en cuenta estas diferencias. Implementar el mismo abordaje para ambos géneros, cuando las necesidades no son iguales, representa una inequidad (Tajer, 2012).

Por este motivo es que, actualmente, algunos investigadores de España (Martínez Pastor *et al.*, 2010; Roca-Cusachs *et al.*, 2003) plantean que el planeamiento en prevención primaria y secundaria, en relación a la HTA, debería realizarse considerando el sector de la población del cual se trate, siendo el género una de las categorías a tener en cuenta para diseñar estrategias diferenciales. De este modo, tanto el tratamiento farmacológico como aquellas prescripciones sobre cambios en el estilo de vida, deberían estructurarse en función de las características sociodemográficas y clínicas de los/as pacientes tratados/as, de sus grados de conocimiento sobre la enfermedad, de las posibilidades económicas, y de las circunstancias vitales y laborales. En particular, las pautas terapéuticas tendientes a intervenir sobre el estilo de vida en relación a la salud deberían orientarse a los grupos sociales que presentan perfiles más vulnerables. El trabajo de Schmidt Rio-Valle *et al.* (2006) enfatiza que se debería individualizar el tratamiento en función de las creencias y características de los/as pacientes, a fin de que las medidas resulten más adecuadas y posibles de cumplir.

En acuerdo con el mencionado planteo, que tiene en cuenta la relevancia de la integración del enfoque de género en el abordaje de las enfermedades cardiovasculares y los factores de riesgo, es que el presente trabajo se propuso aportar datos empíricos obtenidos en una muestra de pacientes hipertensos/as, residentes en Argentina. De este modo, se espera contribuir con elementos de juicio de interés, orientados al fortalecimiento de la calidad y la equidad de género.

Para finalizar, cabe mencionar, en calidad de limitaciones del estudio, que dado el tipo de muestreo seleccionado, los resultados no son representativos de la población de pacientes hipertensos/as, por lo que no podrán generalizarse a la misma. Además, el estudio se restringe sólo a pacientes de nivel socioeconómico medio, por lo que se espera continuar indagando cómo se presentan estos fenómenos en pacientes hipertensos/as de nivel socioeconómico bajo, debido a que esta variable no sólo está en entrecruzamiento con la categoría de género (Tajer, 2009), sino que, además, es un factor de relevancia para este tipo de problemas de salud (Williams, 2008). Por último, y teniendo en cuenta la complejidad de realizar un análisis desde la perspectiva de género, el presente estudio sólo plantea una línea posible, entre otras.

Referencias

Alfonso, F., Bermejo, J., & Segovia, J. (2006). Enfermedades cardiovasculares en la mujer: ¿por qué ahora? *Revista Española de Cardiología*, 59 (3), 259-263.

- Bernal Trujillo, C., Lemos Hoyos, M., Medina Durango, I.E., Ospina Duque, J., & Torres, Y. (2009). Estrategias de afrontamiento y presión arterial. *Revista CES Psicología*, 2 (2), 49-59.
- Castañeda, M.B., Cabrera, A.F., Navarro, Y., & de Vries, W. (2010). *Procesamiento de datos y análisis estadísticos utilizando SPSS. Un libro práctico para investigadores y administradores educativos*. Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Chiozza, L.A. (2011). *Hipertensión ¿Soy o estoy hipertenso?* Buenos Aires: Libros del Zorzal.
- Cutler, J.A., Sorlie, P.D., Wolz, M., Thom, T., Fields, L.E., & Roccella, E.J. (2008). Trends in Hypertension Prevalence, Awareness, Treatment, and Control Rates in United States Adults Between 1988-1994 and 1999-2004. *Hypertension*, 52 (5), 818-827.
- Díaz Sibaja, M.A., Comeche Moreno, M.I., Mas Hesse, B., Díaz García, M., & Vallejo Pareja, M.A. (2008). Enfermedad inflamatoria intestinal: depresión y estrategias de afrontamiento. *Apuntes de Psicología*, 26 (1), 91-102.
- Edwards, J., & O'Neill, R.M. (1998). The Construct Validity of Scores on the Ways of Coping Questionnaire: Confirmatory Analysis of Alternative Factor Structures. *Educational and Psychological Measurement*, 58 (6), 955-983.
- Fernández, A.M. (1993). Hombres públicos-mujeres privadas. En: A.M. Fernández, *La mujer de la ilusión. Pactos y contratos entre hombres y mujeres* (pp.133-158). Buenos Aires: Paidós.
- Folkman, S., Lazarus, R., Pimley, S., & Novacek, J. (1987). Age differences in stress and coping process. *Psychology and Aging*, 2 (2), 171-184.
- Grimson, W.R., De Blanco, A.C., Estrugamou, M., Lastres, E., Necchi, S., & Phillipott, E. (1972). Investigación epidemiológica en entidades psiquiátricas. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 79, 572.
- Grosse, A., & Grosse, P. (2013). Factores sociales y ambientales e hipertensión arterial. En: H. Gómez Llambí & D. Piskorz, *Hipertensión arterial, epidemiología, fisiología, fisiopatología, diagnóstico y terapéutica* (pp. 20-22). Buenos Aires: Inter-Médica.
- Gudmundsdottir, H., Høiegggen, A., Stenehjem A., Waldum B., & Os, I. (2012). Hypertension in women: latest findings and clinical implications. *Therapeutic Advances in Chronic Disease*, 3 (3), 137-146.
- Guerchicoff, A., & Merhan, R. (2013). Estudio pionero en la Argentina para comprender las diferencias de género en pacientes con síndromes coronarios agudos. *Revista Argentina de Cardiología*, 81 (4), 297-298.
- Jiménez-Torres, M.G., Martínez, M. P., Miró, E., & Sánchez, A.I. (2012). Relación entre estrés percibido y estado de ánimo negativo: diferencias según el estilo de afrontamiento. *Anales de Psicología*, 28 (1), 28-36.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1986) *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.

- Leibovich de Figueroa, N.B., & Schufer, M.L. (2002). *El "malestar" y su evaluación en diferentes contextos*. Buenos Aires: Eudeba.
- Lessa, I., Magalhaes, L., Araújo, M.J., Almeida Filho, N., Aquino, E. & Oliveira, M. (2006). Arterial Hypertension in the Adult Population of Salvador (BA) - Brazil. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 87 (6), 683-692.
- Levenstein, S., Smith, M.W., & Kaplan, G. A. (2001). Psychosocial Predictors of Hypertension in Men and Women. *Archives of Internal Medicine*, 161 (10), 1341-1346.
- Mariani, J.A., Antonietti, L., Tajer, C.D., De Abreu, M., Charask, A., Silberstein, M., et al. (2013). Diferencias de género en el tratamiento de síndromes coronarios agudos: resultados del registro Epi-Cardio. *Revista Argentina de Cardiología*, 81 (4), 307-315.
- Martínez Pastor, A., Balanza Galindo, S., Leal Hernández, M., Martínez Navarro, A., Coneza Bernal, C., & Abellán Alemán, J. (2010). Influencia del género en los estilos de vida que se asocian a enfermedades vasculares en Universitarios. *Hipertensión y Riesgo Vascular*, 27 (4), 138-145.
- Matud, M.P. (2004). Gender differences in stress and coping styles. *Personality and Individual Differences*, 37 (7), 1401-1415.
- Matud, M.P. (2008). Género y salud. *Suma Psicológica*, 15 (1), 75-94.
- Miguel-Tobal, J.J., Cano-Vindel, A., Casado Morales, M.I., & Escalona Martínez, A. (1994). Emociones e hipertensión. Implantación de un programa cognitivo conductual en pacientes hipertensos. *Anales de Psicología*, 10 (2), 199-216.
- Navarro Lechuga, E., & Vargas Moranth, R. (2009). Características epidemiológicas relacionadas con el género en hipertensos de raza negra. *Salud Uninorte*, 25 (1), 88-100.
- Roca-Cusachs, Á., Badia, X., Dalfó, A., Gascón, G., Abellán, J., Lahoz, R., et al. (2003). Relación entre variables clínicas y terapéuticas y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con hipertensión arterial. Estudio MINICHAL. *Medicina Clínica*, 121 (1), 12-17.
- Rodríguez- Marín, J., Pastor, M.A., & López Roig, S. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*, 5 (1), 349-372.
- Rohlfs, I., García, M., Gavalda, L., Medrano, M.J., Juvinyá, D., Baltasar, A., et al. (2004). Género y cardiopatía isquémica. *Gaceta Sanitaria*, 18 (2), 55-64.
- Rolandi, F., Grinfeld, L., Sosa Liprandi, M.I., Tambussi, A., Kazelian, L., La Bruna, M.C., et al. (2013). Encuesta de reconocimiento de la enfermedad cardiovascular en la mujer por la mujer. *Revista Argentina de Cardiología*, 81 (4), 329-335.
- Rueda, B., & Pérez-García, A.M. (2006). A prospective study of the effects of psychological resources and depression in essential hypertension. *Journal of Health Psychology*, 11 (1), 129-140.
- Sáez de Lafuente, J.P., Sáez, Y., Vacas, M., Santos, M., Sagastagoitia, J.D., Molinero, E., et al. (2009). Diferencias de sexo en los factores de riesgo cardiovascular en pacientes con enfermedad coronaria comprobada angiográficamente. *Clínica e Investigación en Arteriosclerosis*, 21 (4), 173-178.
- Schmidt Rio-Valle, J., Cruz Quintana, F., Villaverde Gutiérrez, C., Prados Peña, D., García Caro, M.P., Muñoz Vinuesa, A., et al. (2006). Adherencia terapéutica en hipertensos. Estudio cualitativo. *Índex de Enfermeria*, 15 (54), 25-29.
- Seidmann, S., Stefani, D., Bail Pupko, V., Azzollini, S.C., Vidal, V.A., & Vizoso, S. (2006). Afrontamiento ante las crisis vitales de divorcio y viudez en mujeres de mediana edad. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 52 (1), 35-40.
- Stefani, D. (2004). Estrés y mecanismos de afrontamiento en la vejez: Un análisis a partir del género. *Geriatrka. Revista Iberoamericana de Geriatria y Gerontología*, 20 (3), 23-27.
- Tajer, D. (2009). *Heridos corazones: vulnerabilidad coronaria en varones y mujeres*. Buenos Aires: Paidós.
- Tajer, D. (2012). Construyendo una agenda de género en las políticas públicas en salud. En: D. Tajer (Comp.), *Género y salud: las políticas en acción* (pp. 17-36). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Taylor, S.T., Bagozzi, R.P., & Gaither, C.A. (2001). Gender Differences in the Self-Regulation of Hypertension. *Journal of Behavioral Medicine*, 24 (5), 469-487.
- Varela Arévalo, M.T. (2010). El reto de evaluar la adherencia al tratamiento en la hipertensión arterial. *Pensamiento Psicológico*, 7 (14), 127-139.
- Velasco Arias, S. (2008). *Recomendaciones para la práctica del enfoque de género en programas de salud*. Madrid: Observatorio de Salud de la Mujer. Disponible en <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/recomendVelasco2008.pdf>. Recuperado el 12 de julio 2009.
- Williams, R.B. (2008). Psychosocial and biobehavioral factors and their interplay in coronary heart disease. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4, 349-365.

